In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

VALVULOPATHIES

AUSCULTATION

RM	IM	RA	IA
Rythme de Durozier qui associe : • Un éclat de B1 • Un claquement d'ouverture mitrale • Roulement diastolique avec renforcement présystolique*	– Souffle systolique de régurgitation • Holosystolique • Max à la pointe (irradiation axillaire) • En jet de vapeur – Roulement protodiastolique, B_3 (IM importante) – Voir maladie de Barlow +++	– Souffle systolique éjectionnel • → vaisseaux du cou ; la pointe • De timbre rude et râpeux • A maximum mésosystolique – ↙ ou abolition du B2 ou dédoublement. – Click protosystolique	– Souffle diastolique (doux aspiratif) – Souffle systolique éjectionnel (RA fonctionnel) – Roulement de Flint (roulement apexien présystolique) : fermeture prématurée de la grande valve mitrale. – Claquement mésosystolique (pistol shot) dans la région sous clavière droite (distension brutale de l'aorte).

* le renforcement présystolique disparaît en cas de fibrillation auriculaire (par de contraction auriculaire efficace)

- NB : l'absence de modification auscultatoire à l'inspiration plaide contre une valvulopathie tricuspidienne
- Le souffle d'IA est mieux perçu le long du bord gauche du sternum qu'au foyer aortique (surtout en position assise et expiration)

ETIOLOGIES SPÉCIALES

RM	IM	RA	IA
	• Maladie de **Barlow** : Dégénérescence myxoïde de valves (cordages longue, valves prolabés) ; « clic mésosystolique » apexien et souffle télésystolique d'IM. • Autres : maladie de Marfan ; d'Ehlers-Danlos • Rupture de cordage de la valve postérieur par fibrose (dégénérescence fibro-élastique)	• Maladie de Monckeberg (RA dégénérative) : dépôt calcaire • Bicuspidie aortique (congénital)	• Maladie de Marfan • Dissection aortique

Classification de Carpentier (insuffisance médullaire)
– Type 1 : le jeu valvulaire est normal ; il s'agit d'IM fonctionnel ou de perforations valvulaires
– Type 2 : l'amplitude en systole des mouvements d'une ou des deux valves est augmentée. Il s'agit d'un prolapsus valvulaire où l'extrémité de la valve s'éverse en systole dans l'oreillette gauche
– Type 3 : le jeu valvulaire est limité à l'origine d'une fermeture insuffisante de la valve en systole qui reste en position ½ ouverte. On parle d'IM restrictive dont les causes sont rhumatismales ou ischémiques.

Maladie de Barlow : ballonisation de la petite valve ; aspect en hamac sur l'échocardiographie ; fréquence chez la femme jeune

ECG

RM	• ACFA fréquent (fibrillation à grandes mailles) • HAG : onde P bifide en D2 ; durée ≥ 12 s et biphasique en V1 ; il peut s'associe à une HAD (↗ de l'amplitude de l'onde P > 2,5 mm) • Surcharge ventriculaire droite : déviation axiale droite, onde R en V1, ↗ du rapport R/S à droite ; bloc incomplet de branche
IM	• Il peut être normal même dans les IM significatives ; les troubles du rythme auriculaires sont fréquents (ACFA dans 30 à 50% des cas) • HAG (P large à double bosse) ; HVG (indice de Sokolow ≥ 35mm) de type systolique (onde T négative en V5, V6) ou parfois diastolique.
RA	• HVG avec surcharge systolique (ont T négative et asymétrique en D1, VL, V5V6 ; segment ST convexe vers le haut) ; parfois BBG ; BAV • L'ACFA est rare ; elle a un mauvais pronostic (la contraction auriculaire assure 40% du remplissage ventriculaire)
IA	• HVG de type diastolique (onde T ample et positif en V5, V6 ; segment ST concave vers le haut) • Troubles de conduction (BAV1, BBG) ; HVG systolique ⇒ IA très évoluée

RADIOGRAPHIE SIMPLE

RM	Les autres valvulopathies	
• Saillie de l'AMG (tronc de l'AP en haut et OG en bas) • AIG normal ou déplacé à gauche par une HVD (pointe sus-diaphragmatique) • Aspect en double contour de l'AID (HAG)	IM	→ Débord de l'AIG avec pointe sous-diaphragmatique (dilatation du VG) ; → Double contour de l'AID (HAG). Expansion systolique de l'OG en scopie.
	RA	→ Aspect globuleux de l'AIG ; le rapport cardiothoracique est souvent normal ou discrètement ↗ (hypertrophie concentrique). La saillie modérée de l'aorte ascendante (ADS). → Une dilatation poststénotique de l'aorte initiale est fréquente
	IA	→ Scopie : mouvement de sonnette cardio-aortique et hyperkinésie ventriculaire gauche → AIG allongé, convexe et pointe plongeante sous-diaphragmatique

ECHO

RM	Une fermeture en un temps de la valve antérieure ; atténuation de l'onde A ; mouvement paradoxal de la petite valve
RA	L'amplitude de l'ouverture systolique intersygmoïdienne < 8 mm, témoigne d'une sténose serrée
IA	Fluttering diastolique de la valve mitrale antérieure et fermeture prématurée de la grande valve mitrale

- Dans la spondylarthrite ankylosante, l'insuffisance aortique apparaît tardivement et est souvent précédée de troubles conductifs auriculo-ventriculaires
- L'insuffisance aortique post-traumatique est rare mais elle est la plus fréquente des lésions valvulaires post-traumatiques

Signes périphériques de l'insuffisance aortique

- Elargissement de la différentielle (baisse de la diastolique alors que la PAS est conservée)
- Pouls radial ample et bondissant puis dépressible (pouls de Corrigan)
- Hyperpulasatilité artérielle : signe de Musset (mouvement de la tête rythmé par les battements cardiaques), hippus pupillaire (dilatation-contraction pupillaire) ; pouls capillaire sous unguéal
- Souffle crural intermittent de Durozier (auscultation de l'artère fémoral)

Syndrome d'Ortner

- Paralysie du nerf récurrent gauche par compression (oreillette gauche ectasiante)
- Elle est due à un RM serré

▪ IM ischémique : au cours d'un IDM surtout inférieur, par rupture de pilier ou dysfonctionnement ischémique du pilier ; dans l'angor chronique, il peut naître une fibrose du pilier inférieur avec dyskinésie pariétale (IM par restriction de la petite valve).

▪ ↗ pression auriculaire ⇒ ↗ pression capillaire pulmonaire (PCP) et ↗ parallèle de la pression artérielle pulmonaire (HTAP post-pulmonaire) ⇒ HTAP post-capillaire : gradient PAP – PCP < 10 mmHg

▪ L'HTAP précapillaire peut survenir tardivement après l'HTAP post-capillaire par ↗ des résistances artériolaire pulmonaires ⇒ HTAP autonome (gradient > 10 mmHg).

▪ L'IM entraîne une surcharge volumétrique du VG ⇒ augmentation du travail gauche et du volume d'éjection systolique ⇒ hypertrophie VG (surcharge systolique). Dans l'IA

▪ En cas d'IM aiguë l'OG est de petite taille ; l'élévation de la pression auriculaire gauche et de la pression capillaire pulmonaire est très importante avec apparition d'une onde de régurgitation (V) majeure.

▪ Radiographie thoracique de face : Dilatation de l'OG ⇒ arc moyen gauche (AMG) convexe et aspect en double contour de l'arc inférieur droit (AID).

Maladie de Barlow

- Elle est responsable d'IM par prolapsus valvulaire mitrale ; balonisation mitrale par dégénérescence myxoïde ; touche surtout la femme jeune
- Signes fonctionnels : précordialgies atypiques, asthénies, palpitations, dyspnée d'effort, lipothymie, anxiété, vertige…
- Auscultation : click mésosystolique souvent suivi de souffle télésystolique
- ECG : habituellement normal ; troubles de repolarisation (négativation des ondes T, sus-décalage du ST ; troubles du rythme
- Echodoppler : recul holosystolique en hamac …
- Evolution bénigne dans la majorité des cas ; la pilule contraceptive n'est pas proscrite